

**UNIVERSITAS ESTUDIOS SUPERIORES**  
**Incorporado a la Enseñanza Oficial A-809**

Lavalle N° 1838 - (c1051ABB) Ciudad autónoma de Buenos Aires - (011) 4372-2107/4373/3199  
secretaria@universitas.edu.ar

---

**CERTIFICADO DE APTITUD FISICA**

Datos del alumno

Apellido y Nombres: .....

DNI. N°: ..... Matrícula: .....

Certifico haber examinado al alumno de referencia, el cual se encuentra:

**APTO / NO APTO FISICAMENTE \***

\* tachar lo que no corresponda

Para ejercer la carrera de:

(Marcar con una Cruz la carrera correspondiente)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Técnico Radiológico       | <input type="checkbox"/> Pericias Forenses |
| <input type="checkbox"/> Instrumentador Quirúrgico | <input type="checkbox"/> Esterilización    |

...../...../.....  
(fecha)

.....  
(firma y Sello del Profesional)

Datos del Profesional Interviniente:

Domicilio: .....

Teléfono: .....